

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu [sous pli confidentiel] doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Rééducation :

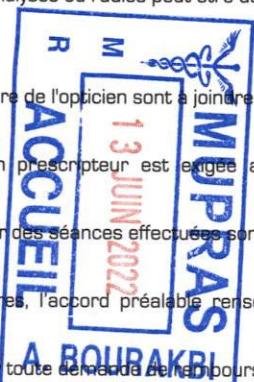
- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaire, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaire.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.



Adresses Mails utiles

- Reclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

Le MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Déclaration de Maladie

M22- N° 000048

118774

Matricule : <u>2768</u>	Société : <u>R.A.M</u>	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : <u>HILALI Fouzia</u>		
Date de naissance : <u>07-08-58</u>		
Adresse : <u>Hay Hay ABDELLAH bd TAZA Rue 99 N° 5 AIM CHOCK CASA</u>		
Tél. : <u>06.00.376.166</u> Total des frais engagés : <u>2.421,03</u> Dhs		

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Calicique néphritique droite

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

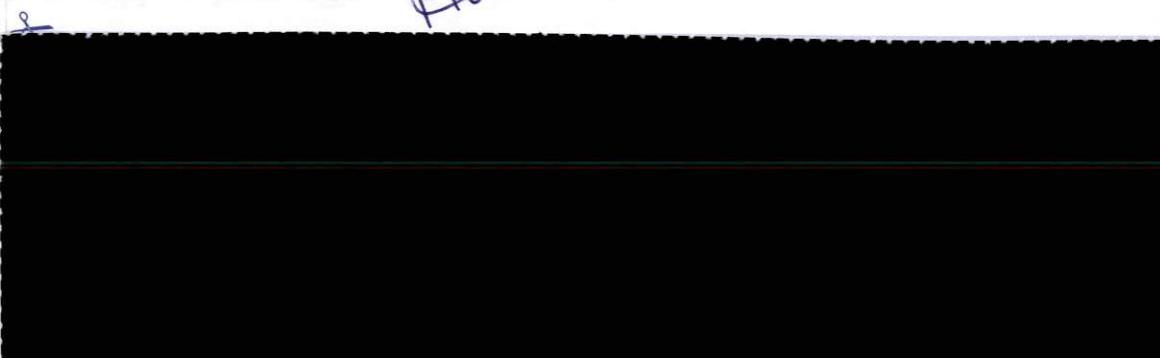
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASABLANCA

Le : 13/06/2022

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
03/06/2023	Acte de consultation	1	143,25	 MAQUANNE Dr. Généraliste Médecin Généraliste POLYCLINIQUE D'ASSAINARA N° 1000

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <i>HARMAO</i> <i>BENZAKOUR B</i> <i>Dr. Ennabi</i> <i>Moulay Abdellah</i> <i>SA - Tel 0522 50 24 80</i>	03/06/2010	98,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

A circular diagram showing 24 numbered circles arranged in a circle, with a central circle. The numbers are arranged as follows: top (H-axis): 1, 1; top-right: 2, 3; right: 4, 5; bottom-right: 6, 7; bottom: 8, 9; bottom-left: 10, 11; left: 12, 1; top-left: 2, 3. The central circle contains the number 1. The entire arrangement is centered at the origin of a coordinate system with axes labeled D (left), G (right), H (top), and B (bottom).

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



مصحة الضمان
POLYCLINIQUE ADDAMAN
VOTRE SANTÉ, NOTRE PRIORITÉ

INARA II

وصفة ORDONNANCE

le 03/06/2022

Mme Hilali Fouzia

① - Codoliprane Gp

98,80

2cp x 2lj

② - Neofortan 160mg

PHARMACEUTICALS
BENCHIKHIA
Dr En Pharmacie
Hay Moulay Abdellah Rue 76 n° 40
CASA - Tél 0522 50 24 80

1cp x 3lj

NEOFORTAN® 160 mg
PPV 98DH80
EXP 10/2024
LOT 18030 8

③ - Oedes 20mg

98,80 1cp/j le matin

Boulevard AL Qods , Inara II - Ain Chok - Casablanca
Tél. : 0522 21 30 90 - Rendez-vous : 0522 50 45 13 - Fax : 0522 40 48 06

Dr. ERRISS MAROUANE
Généraliste
INARA

N° IPP : 859254	N° SEJOUR : 220021461	FACTURE N° 2205006040	DATE D'ENTREE: 03/06/2022	DATE DE SORTIE: 03/06/2022
UF de présence: 5002 URGENCES				

NATURE DE PRESTATION	LETTRE CLE	NOMBRE	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
					TAUX	MONTANT	TAUX	MONTANT	TAUX	MONTANT
Report page précédente				143.29		0.00		0.00		143.29

Intervenant : 10675 DRERRAIS MAROUANE GENERALISTE	TOTAUX :	143.29						143.29
Arrêtée la présente facture à la somme de :	PLAFOND PC :						ACOMPTE:	
CENT QUARANTE TROIS DHS ET VINGT NEUF CENTIMES	REMISE :	0.00	REGLE :	143.29			AVOIR :	
	RESTE DU:	0.00						
DATE FACTURE : 03/06/2022	EDITEE LE : 03/06/2022	PAR: LAKHDI	<u>ACCIDENT DE TRAVAIL:</u>					
VISA			<u>N° DE POLICE :</u>				<u>DATE AT:</u>	
			Réglement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE C.N.S.S - INARA					
			BANQUE : BMCE FINARA					
			N° compte bancaire : 011.780.0000 54 210 00 60 016 91					





N° IPP :	859254	N° SEJOUR :	220021461	FACTURE N° 2205006040				DATE D'ENTREE : 03/06/2022		DATE DE SORTIE : 03/06/2022	
ASSURE :								DESTINATAIRE :		HILALI,Fouzia	
MALADE : HILALI,Fouzia				UF: 5002 URGENCES							
NOM JEUNE FILLE :				N° IMMAT C.N.S.S. :							
TIERS PAYANT 1 :				N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :							
TIERS PAYANT 2 :											
REF. PC 1 :		REF. PC 2 :		N° SE. SOC. ETRANG. :							
NATURE DE PRESTATION	LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE		
					% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	
CONSULTATION DE MEDECIN. CONSULTATION GENERALISTE (NUIT ET JOUR F)	CN	1.00	120.00	120.00					0.00	120.00	
ACTES INFIRMIERS ET AUXILIAIRES PARAMEDICAUX ACTES PRATIQUES PAR L'INFIRMIER	AMI	1.50	7.50	11.25					0.00	11.25	
PRODUITS PHARMACEUTIQUES											
NO-SPA INJ N105 1.00		4.22	4.22	N105 1.00	1.00	4.22	4.22	0.00	4.22	0.00	4.22
PROFENID 2ML 1 AMP INJECTIM 5.96		5.96	5.96	P067 1.00	1.00	5.96	5.96	0.00	5.96	0.00	5.96
FOURNITURES MEDICALES											
				1.86					0.00	1.86	

Total à reporter					143.29			0.00		0.00		143.29
------------------	--	--	--	--	--------	--	--	------	--	------	--	--------